ROK IV 3—4

KWIECIEŃ — 1929 — MAJ

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY
WSZYSTKIM DZIAŁOM
DENTYSTYKI

*

Redaktor: Dr. H. Saurer, Lek.-Dent., Łódź, Piotrkowska № 6. Telefon № 5-16
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik, Łódź, Piotrkowska № 23. Telefon № 23-73

*

TREŚĆ:

Redakcja nie zwraca rękopisów i zastrzega sobie prawo zmian i skrótów. Rzeczy nadesł. powinne być pisane po jednej stronie arkusza z pozost. marginesu.

Zakłady Graficzne
FILIPA GRAPOWA w ŁODZI
Gdańska 87

32.

O NIESZLACHETNYM METALU "RANDOLF"

Dr. H. SAURER ŁÓDŹ
Lek.-Dentysta

Metal Randolf został przed 50 laty wprowadzony do handlu i jak to stwierdza fabrykant „Randolf-Legierung" jest wynalazkiem chemika z Monachjum, nazwiskiem Randolf Chemik ten pracował nad legaturą, która miała całkowicie zastąpić złoto. W roku 1872 udało mu się ostatatecznie powyższą kompozycję otrzymać. Pierwszym z lekarzy dentystów, który zastosował i wypróbował ten metal w swej praktyce dentystycznej był Zix z Monachjum. Metal Randolf z powodu zachowania swego koloru w jamie ustnej jeszcze po pół roku, został wtedy wprowadzony i do laboratorjum dentystycznych. Pod rozmaitemi nazwami używano go przeważnie tylko przy robotach kauczukowych, w postaci klamer, ssawek, wkładek i zabezpieczeń zębów przy silnym zgryzie. Rosyjska Ustawa Lekarska zabraniała używać metali nieszlachetnych i złota poniżej 18 karat. w jamie ustnej. Dopiero wojna europejska, która to zastąpiła tak dużo niezbędnych produktów „ersatzami" nie ominęła brak złota zastąpić metalem Randolf. Zaczęto wykonywać korony, mostki i z czasem metal ten zastąpił wszelkie roboty ze złota w jamie ustnej. Największy popyt jednakże, czyli punkt kulminacyjny, osiągnął ten metal w okresie inflacji w latach 1918—1923. Natomiast już od roku 1924 daje się powszechnie zaobserwować fakt, że ten tani „ersatz" złota, z którym prawie każdy lekarz-dentysta pracował, zostaje stopniowo wypychany z praktyki dentystycznej przez złoto. Z jakiej to przyczyny? Otóż w niemieckich dziennikach fachowych w latach 1920—1922 znajdujemy dwa przeciwne obozy lekarzy w stosunku swego wypowiedzenia się co do metalu Randolf. Na pierwszym miejscu stało zawsze pytanie o szkodliwości nieszlachetnych metali. Spowodowane było to obawą, że do organizmu mogą być z czasem wprowadzone większe ilości metalu, którego toksyczne działanie może być niebezpieczne. Landes-Versicherungs-Anstalt odmówiła zapomogi na roboty z nieszlachetnych metali, powołując się na opinję rzeczoznawców, profesorów Berlińskiego Uniwersytetu, o szkodliwości metalu Randolf dla jamy ustnej. Wobec odmowy L. V. G, w obronie metalu Randolf wystąpił cały szereg lekarzy z odnośnymi artykułami w prasie, m. innemi dr. Frenchel w Zahnärztliche Rundschau 1922 r. zeszyt 22, Dr. Bernstein (Z. R. 1922 №. 23), Dr. Abel (a. a. №. 20), Dr. P. Weikart „Deutsche Zahnheilkunde" 1921/3). Powyższe artykuły można streścić w następujący sposób:

Specyficzna waga wynosi okrągłe 8,93 przeciwko 19,3 przy złocie. Jedna nieszlachetna korona lub most będzie ważyć połowę tego co robota ze złota. Waga jednej korony lub członu mostka nie przekracza przeciętnie 1,25 gr. Roboty te mają żywot około 5 lat, a po tym czasie cieńsze miejsca zostają przegryzane. Po wyjęciu takiej przegryzionej korony możemy stwierdzić, że takowa waży jeszcze połowę i rozpuszczony zatem metal w ciągu 5 lat (1800 dni) wyraża się — 0,6 : 1800 gr. działanie —,33 gr. Jeżeli wziąć najgorszy wypadek, że cała ilość wagi została połknięta, to i wtenczas dojdziemy do rezultatu, że ilość ta w stosunku do powyższych cyfr jest tak małą, że o możliwości otrucia nie może być mowy, a nawet gdyby 24 korony połączyć w jednych ustach. Otrzymuje się dopiero dawkę 0,75, która to ilość niby-to nie przekracza dozwolonej dawki we Francji 0,04 w 1 kg. Pewną rolę odgrywa też powierzchnia, która leży swobodnie w ustach, więc zaleca się dla zmniejszania powierzchni metalowej zakładanie porcelanowych facetek. Poza tem nie zostaje połknięta cała ilość soli metalu, która powstała przez elektrolyzę. Część rozpuszczonego metalu osadza się na drugich koronach lub mostkach i jakoby przy czyszczeniu zębów usuwa się przez płókanie.

Do opinji o metalu Randolf, wypowiedzianej przez Berlinski Uniwersytet dołączył się również i Uniwersytet Wiedeński. Zaznaczyć należy, że Uniwersytety te nie wystąpiły z otwartem wypowiedzeniem się o wszystkich uczynionych badaniach nad tym metalem, a jedynie wskazały na obecność w kompozycji metalu Randolf ołowiu, miedzi i innych składników rozpuszczalnych, co ich zdaniem było główną ujemną stroną. Z racji czego w obronie metalu Randolf wystąpił Dr. Jałowic(Z. R. 1922 № 24) Dr. Jałowic twierdzi, że ilości rozpuszczającego się w ustach metalu są tak nikłe, że szkodliwie na organizm oddziaływać nie mogą. Nie można jednakże sprzeciwić się temu, że są wypadki idiosynkrazij błony śluzowej ust, żołądka w stosunku do nieszlachetnych metali wogóle. Ale są to wypadki pojedyńcze i nie można przez to metal zdyskwalifikować. Osobnikom bojaźliwym zaleca się według Dr. Frenčhla, domocowanie kawałka złota na jednej z koron, co będzie służyło jako zbiornik dla rozpuszczalnych soli metalu. Polegać ma to na elektrolitycznym koncentrowaniu się na przeciwległym toku +. To miejsce musi być dla szczoteczki łatwo dostępne. W roku 1925 na moje zapytanie, skierowane do prof. Berlińskiego Uniwersytetu Schönbecka, co przedstawia z siebie metal Randolf, profesor odpowiedział, że jest to analogja blachy mosiężnej.

Reasumując więc wszystkie wnioski poszczególnych obrońców metalu Randolf przychodzimy do przekonania, a mianowicie:

1. Randolf metal jest w jamie ustnej rozpuszczalny i przy szerszej powierzchni rozpuszczalność jego jest większa.

2. Jednocześnie ze złotem w jamie ustnej nie może się znajdować z powodu tworzenia się elektrycznych toków i chemicznych procesów, co powoduje silniejszą rozpuszczalność metalu i osadzanie się soli tego metalu na złocie.

3. Powszechnie wiadomo, że metal Randolf zawiera w sobie także ołów i miedź i że ilości takowych przy robotach lanych mogą przekroczyć liczbę dozwoloną przez farmakopeję.

4. Randolf metal może wywołać u niektórych pacjentów idiosynkrazję w stosunku do tego metalu, chociaż jakoby bardzo rzadko.

5. Nie można też pominąć milczeniem smaku metalowego, na który prawie wszyscy pacjenci uskarżają się.

6. Styczność metalu z błoną śluzową wywołuje podrażnienie, a sam metal silnie się zmienia na miejscu styczności — czernieje, wyżłabia się i miejscami zielenieje. W miejscach mniej dostępnych, jakto w mostkach, na miejscu styczności z dziąsłem po usunięciu, można prawie zawsze stwierdzić octan miedzi, powstały na tle chemicznych procesów.

Ostatnio pojawia się coraz więcej artykułów nie tylko dentystów, a także lekarzy innych specjalności o coraz wyraźniejszej łączności schorzeń organów żołądka, nerek, nerwowych, a obecnością metalu Randolf w jamie ustnej. Nie można więc lekceważyć powyższego, gdyż wszystko przemawia na korzyść złota; nie można przecież okupić taniości metalu jego tak licznemi brakami. Byłoby dobrze, gdyby jak najprędzej czynniki miarodajne zajęły się unormowaniem tej sprawy, co już ongiś uczyniła Rosyjska Ustawa lekarska.

Nad-ssawka MEUNIER-BURDIN jest szczytem doskonałości

Siła przylepiania niezrównana. — Żadnego podrażnienia śluzówki. — Wszelkie zalety ssawek.
— — — Jakiekolwiek bądź niedogodności wykluczone. — — —

N°0 19×12 m/m — 1 13 m/m — 2 16 m/m — 3 18 m/m — 4 21 m/m — 5 23 m/m



Nowe ceny w walucie francuskiej.

	1 tuz.	12 tuz.
NN 2, 3, 4, goździk z metalu M-B nierdzawiejącego, umocowanie zwykłe zapomocą haczyka	35 fr.	400 fr.
NN 0, 1, 2 3, 4, 5, goździk ze złota doublé, umocowanie zapomocą opatentowanej czapeczki	60 fr.	650 fr.
NN 0, 1, 2, 3, 4, 5, goździk czapkowaty z nierdzawiejącej stali Wipla V 2 A Kruppa	60 fr.	650 fr.
NN 0, 1, 2, 3, 4, 5, goździk ze złota 18 karatowego, umocowanie zapomocą opatentowanej czapeczki	135 fr.	
Krążki gumowe specjalne M-B (zapasowe) NN 0, 1, 2, 3, 4, 5	4 fr.	42 fr.

Nowe ssawki M-B ze złota 18 kar. fr. 70 za sztukę.

17×10 m/m — 11 m/m — 14 m/m — 16 m/m — 19 m/m — 21 m/m



N°0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5



„N"-nowe krążki M-B miękkie

zaopatrzone w prążki i uwypuklenia krążkowe

Tuzin . . . . 5 fr.

12 tuzinów . . . . 55 fr.

16×9 m/m — 14 m/m — 15½ m/m — 17 m/m



N°0 — N°2 — N°3 — N°4

Nowe ssawki całkowicie metalowe ze złota 18 karatowego specjalnie do robót złotych lanych lub tłoczonych N 2, 16 m/m; N 3, 18 m/m
sztuka . . . . 70 fr.



J. Meunier-Burdin, Fabricant Crevet'é, 4, Passage de Lions,
Genewa (Szwajcarja)

GOJENIE SIĘ RAN PO WYJMOWANIU ZĘBÓW

Prof. EULER

Na wstępie autor zaznacza, że sprawy leczenia ran po wyjęciu zęba dotychczas jeszcze mało były opisywane. Praktyka zadawala stwierdzenie że po 4 — 5 tyg. po usunięciu zęba warunki pozwalają na stosowanie protezy, teoretycy zaś jak Wedl i Heider (1765), podali szereg spostrzeżeń, np. dotyczących roli ozębnej w zabliźnieniu się rany. W roku 1906 Stuck pisał o reakcyjnem zapaleniu otaczających tkanek po usunięciu zęba i o wypełnieniu powstałego ubytku tkanką ziarninową, produkowaną przez szpik kostny. Widać tu wpływ Marchanda (1901). W r. 1910 Spitzer wygłosił odczyt, którego treścią był wynik dokonanych na zwierzętach doświadczeń, popartych preparatami histologicznemi. Zbadał on poszczególnie okresy wypełnienia się zębodołu po usunięciu zęba lub rozessania się jego. Dotychczas tego odczytu nie wydrukowano. Podobne doświadczenia na zwierzętach wykonywali i inni autorzy (Scheff, Peckert), jednak nigdzie w literaturze niema obrazów histologicznych poszczególnych okresów gojenia się ran po usunięciu zęba. Doświadczenia na zwierzętach prowadzone były przez autora w 2-ch kierunkach: 1-o wytwarzał on sztucznie warunki patologiczne np. przez wprowadzenie do rany ciała obcego (tę sprawę autor omówił oddzielnie). 2-o prowadził badania nad gojeniem się ran o przebiegu normalnym. Do tego celu wybierał autor psy jednakowej wielkości i wieku, ze zdrowem uzębieniem i zdrową błoną śluzową. Usuwane były u psów zęby jednoimienne, trzecie dolne trzonowe lub pierwsze przedtrzonowe. Usuwanie zębów tych odbywało się w pewnych odstępach czasu. Rany zaś były badane po: 3 dniach, 6 dn , 8 dn., 14 dn., 3 tygodniach, 4 tyg., 5 tyg., 9 tyg. (= 63 dn.). Gdyby jednak i po 9 tyg. zachodziły dalsze zmiany w kości, co możnaby było ustalić na rentgenogramie, to pomimo to należy jednak uważać wyżej wymienione okresy biologicznych zmian za wyczerpane.

Autor zastanawia się nad tem, czem jest rana, pozostała po usunięciu zęba. Możnaby ją określić, jako ranę operacyjną, połączoną z utratą tkanki. Podług Gottlieba i Sichera jest to powikłane złamanie zębodołu. Trudność w określeniu jest związana z filogenetyczną osobliwością tkanek, ulegających przy tym rękoczynie zniszczeniu oraz ze sposobem osadzenia zęba w kości. Przy zastosowaniu pojęcia syndesmosis nie można również uważać usunięcia zęba jako złamanie kości. Nie roz-

wiązaną jest także sprawa, czy i ile z tkanek, utrzymujących ząb w zębodole, pozostaje tam po usunięciu zęba. Dawniejsi autorzy przypuszczali, że ozębna (periodontium) składa się z 2-ch warstw: ozębnej (w ścisłem tego słowa znaczeniu) i okostnej, ta ostatnia po usunięciu zęba pozostaje nietkniętą. Wedl w swych badaniach nie znalazł potwierdzenia tego; autor zaś to twierdzenie obala, albowiem wiadomem jest, że periodontium morfologicznie się nie dzieli i na korzeniu usuniętego jednokorzeniowego zęba niejednokrotnie dało się stwierdzić naokoło korzenia zygzakowate przerwanie periodontium, którego część mniejsza została w zębodole, większa oderwała się wraz z korzeniem. Gdyby nawet rana po wyjęciu zęba miała jakieś cechy specyficzne, to zasadniczo wszak chodzi o wytworzenie blizny kostnej i o wypełnienie tkanką pustego zębodołu. Podług Lexer'a już po 24 godz. osteoblasty okostnej i szpiku przejawiają swą czynność i można w tym czasie już znaleźć ślady bujania tkanki regenerującej. Po kilku zaledwie dniach okostna wytwarza tkankę zarodkową, bogato unaczynioną, a w końcu pierwszego tygodnia można już stwierdzić obecność chrząstkowatych i kostnych beleczek, poprzedzielanych szpikiem kostnym Blizna ta, mająca jako punkt wyjścia okostnę, przeistacza się w kość. Pod tą blizną powierzchowną rozwija się blizna głębsza, pochodząca ze szpiku kostnego, z osteoblastów, które grupując się wokoło beleczek, wytwarzają elementy kostne. Do tworzenia nowej tkanki kostnej może się też przyczynić tkanka łączna z najbliższego otoczenia, jeśli została przez rozdarcie lub ucisk pobudzona do czynności regeneracyjnej. Blizna, która w ciągu pierwszych 4—5 tyg. powiększa się stale, w ciągu następnych 4 tyg. kostnieje całkowicie. Masa gąbczasta przeistacza się później w tkankę zbitą (kompaktną).

Wiele podobieństwa do powyższych obrazów wykazuje gojąca się rana po wyjęciu zęba. Ciekawą jest rola otaczającej tkanki łącznej, która przez uraz została pobudzona do czynności produkowania nowej tkanki. Proces owej regeneracji w tym przypadku nie jest tak prosty, gdyż wchodzi tutaj w grę i zanik tkanki naskutek urazu. Zanik tkanki, towarzyszący zwykłym złamaniom kości, nie połączonym z utratą tkanek, o wiele wyraźniej zaznacza się przy ranie poekstrakcyjnej. Usunięcie zęba z otoczenia zdrowego pociąga za sobą w kości krwotok, który zostaje wstrzymany przez skrzep, utworzony w miejscu przerwania naczynia krwionośnego. Niema tu wyrównania krążenia przez bocznice, a to powoduje zaburzenie w odżywianiu. Inaczej się dzieje w dziąśle i na brzegu zębodołu. I tutaj wprawdzie następuje krwotok, lecz sieć naczyń włosowatych bierze na się rolę odżywiania tych tkanek. Odżywianie zaś tkanek kostnych ulega pewnym krótkotrwałym zaburzeniom i to już wystarcza do wywołania zjawiska degeneracji w ścianie zębodołu. Prócz tego urazy, towarzyszące każdemu

wyjściu zęba, wywołują zmiany poważniejsze, niż te, które spotykamy przy zwykłem złamaniu kości. W częściach miękkich i w cienkiem brzegu zębodołu następuje również wskutek urazu zniszczenia tkanek, lecz ten odcinek w prędkim czasie znajduje się już w warunkach pomyślnych wskutek regeneracji Nic więc dziwnego, że pierwszy okres gojenia się rany po wyjściu zęba w warunkach normalnych odbywa się nie w głębi zębodołu lecz na jego krawędzi. Tkanki są tutaj bogate we włókna sprężyste i po usunięciu zęba, który dotychczas równoważył sprężystość tych włókien, następuje dośrodkowe ściągnięcie tkanek, przez co już w ciągu niewielu godzin powierzchnia rany oraz samo wejście do zębodołu zostaje znacznie zmniejszone. Prawdopodobnie owo zmniejszenie jest tylko pozorne, gdyż chodzi raczej o wpuklenie tkanek nawewnątrz. Wpuklenie tkanek ma jeszcze i to znaczenie, że powoduje na znacznej przestrzeni zetknięcie nabłonka śluzówki ze skrzepem, na który nabłonek szybko zachodzi. Pod tą osłoną okostna brzegu zębodołu oraz tkanka łączna rozwijają swą czynność organizacyjną. Chętnie się mówi o wyjątkowo pomyślnem gojeniu się ran w jamie ustnej To empirycznie stwierdzone zjawisko naprowadziło niektórych na fałszywą myśl, że rany po wyjęciu zęba nie podlegają ogólnym prawom gojenia się ran. Twierdzenie, że przyczyna pomyślnego gojenia się ran w jamie ustnej tkwi w bakterjobójczych własnościach śliny, obalili Gotlieb i Licher, autor zaś jest zdania, że ważną rolę odgrywa tutaj temperatura jamy ustnej obok wilgoci i mechanicznego działania śliny.

W roku 1922 Erdmann opisał sztuczną hodowlę nabłonka zimnokrwistych. Już po kilku godzinach pod mikroskopem zauważył wysuwające się z brzegu nabłonka komórki podstawowe. Po kilku dniach warstwa tych komórek się powiększyła. W pierwszym dniu komórki rozmnażały się amitotycznie, później — mitotycznie. Podobne preparaty otrzymywał autor, używając stosownie do swych doświadczeń na ciepłokrwistych wilgotnej komory (warunki, zbliżone do istniejących w jamie ustnej), uwzględniając odpowiednią temperaturę W jamie ustnej dochodzi jeszcze prąd śliny, który unosi produkty rozpadu, zbierające się na powierzchni rany. Komórki nabłonka posiadają ogromną pobudliwość do bujania, tę samą własność ma i włóknik, który jednocześnie jest doskonałą podściółką dla rozrastającego się nabłonka (Marchand). Szybki rozrost nabłonka ma wielkie znaczenie dla dalszego gojenia się rany, gdyż tworzy pokrywkę, pod którą bezpiecznie rozwija się tkanka ziarninowa. Klinicznie niejednokrotnie możemy stwierdzić nieprawidłowy przebieg gojenia rany, gdzie bądź dziąsło podczas usunięcia zęba zostało bardzo uszkodzone, bądź wejście do zębodołu zbytnio zostało rozszerzone, lub przegrody międzyzębowe, wybitnie rozwinięte, wystają ponad wejście do zębodołu. W tych przypadkach rozrost nabłonka nie następuje tak szybko.

Pomocnemi przy badaniu tworzącej się blizny kostnej są rentgenogramy, szczególnie w tych przypadkach, gdzie chodzi nam o rozwój blizny kostnej w pewnych odstępach czasu i o procesy odbudowy brzegu zębodołu i jego otoczenia. Przy pracy niniejszej zdjęcia rentgenowskie były o tyle jeszcze pomocne, że dały możność przez porównanie stwierdzić, o ile zjawiska, zachodzące u zwierząt, dadzą się przenieść na człowieka. Bardziej wyczerpujące aniżeli rentgenogramy są preparaty mikroskopowe.

Badania autora doprowadziły więc do następujących wniosków:

1. Zagojenie rany po usunięciu jednokorzeniowego zęba u psów następuje w normalnym przebiegu po 9 tygodniach. Ostry brzeg zębodołu jest zaznaczony, zębodół wypełniony gąbczastą kością, w jej oczkach tkanka tłuszczowa oraz inne składowe elementy szpiku kostnego. Nabłonek wykazuje zwykłą budowę, kontury zębodołu są zawarte.

2. Dodatnio wpływa na przebieg gojenia oszczędzanie dziąsła oraz jego szybkie wpuklenie do zębodołu, temperatura jamy ustnej i spłukanie przez ślinę z powierzchni rany produktów rozpadu: powoduje to przedewszystkiem szybki rozrost nabłonka, pokrywającego ranę

3. Przy przekształceniu się skrzepu początkowo przeważa wpływ okostnej brzegu zębodołu, co wskazałoby na to, że dzięki dobrze wykształconym połączeniom bocznym nie nastąpiło zaburzenie w odżywianiu.

4. Potrzebny proces odbudowy dna zębodołu w początkowym okresie gojenie rany ma za przyczynę zniszczenie i zanik tkanek na skutek urazu. Wpływ wykazuje również znaczne zaburzenie w odżywianiu na skutek zaczopowania naczyń w części gąbczastej i w kanałach Haversa przy nieznacznej ilości połączeń bocznych.

5. Większe odcinki ozębnej, pozostałe w zębodole nie mają bezpośredniego .wpływu na odbudowę zębodołu. Resztki te częstokroć ulegają wskutek urazu zwyrodnieniu — w tym przypadku zwyrodnieniu hyalinowemu. Dodatnio wpływa na wytworzenie nowej kości szybkie zwapnienie uległych temu zwyrodnieniu ognisk.

D. M. f. Z. 24/23 *Tłom.*

PRZEBIEG GOJENIA SIĘ RAN PO WYJĘCIU ZĘBA W WARUNKACH NIEZWYKŁYCH

Dr. W. MEYER

Zakażenie rany ekstrakcyjnej.

Zakażenie rany poekstrakcyjnej spotyka się w 2 postaciach:

1. Pierwotne zakażenie, które istniało przed usunięciem zęba i przejawiało się w zapaleniu ozębnej, a po usunięciu zęba spowodowało zakażenie skrzepu.

2. Wtórne zakażenie, które przedostało się do rany podczas lub po usunięciu zęba.

Rozpoznanie zakażenia rany poekstrakcyjnej nie napotyka trudności. Pacjent skarży się na bóle w samej ranie i w jej otoczeniu. W cięższych przypadkach wzrastającym bólom towarzyszą dreszcze, gorączka, złe samopoczucie. Objektywnie stwierdzamy: zaczerwienie i obrzęk dziąsła naokoło rany. W ranach świeżych zamiast równomiernej szarej powierzchni, jakąśmy zwykle widzieć na 1—2 dzień w warunkach normalnych, widzimy brudny nalot; w późniejszych stadjach spotykamy u wejścia do zębodołu ropne wydzieliny, często obumarłe odcinki kostne brzegu zębodołu lub przegrody między korzeniowej; niekiedy stwierdzamy foetor ex ore, odnośny gruczoł jest powiększony, wrażliwy na ucisk dołącza się czasem szczękościsk. Tworzą się martwaki większe lub mniejsze, skutkiem czego ulega zniszczeniu część wyrostka zębodołowego lub trzonu żuchwy. Gdy zaś zakażenie przejdzie w stan podostry lub przewlekły, wytwarza się przetoka. Niebezpieczeństwo zaostrzenia sprawy istnieje w każdej chwili i sprawa nie wygaśnie, nim źródło infekcji nie zostanie usunięte.

Przy niniejszych doświadczeniach zostały sztucznie spowodowane wtórne zakażenia i zestawione trzy serje preparatów: po 6, 12 i 18 dniach. W preparatach badanych po 6 i 18 dn. została uprowadzona wgłąb zębodołu czysta hodowla łańcuszkowców; w preparatach badanych po 12 dn. jako materjał infekcyjny służył osad nazębny.

Jedne rany były zostawione swemu rozwojowi; przy innych postępowanie było odmienne: osad, wydzieliny rany i części skrzepu zostały na drugi dzień post extractionem et infectionem przez ostrożne spłukanie 3% H_2O_2 usunięte. Zatem rana została lekko tamponowana gazą jodoformową, umoczoną

w chlorfenolkamforze. Preparaty, badane po 6 dniach, były raz na 2 dni tamponowane, drugi zaś (12 i 18 dn.) były odmywane i tamponowane raz jeszce na 4 dzień, a 6-go dnia tampon usunięto ostatecznie.

Rezultaty doświadczeń są następujące:

I-a. Rana zakażona, nieopatrywana; po dn. 6-ciu.

Zębodół w znacznej części pokryty dziąsłem; w ramach normalnych (po 6 dn.) wypełniony skrzepem, jest na tym preparacie w górnych odcinkach bogaty w leukocyty wielojądrzaste, przenikające płat dziąsłowy. Gęsto przeplatane leukocytami są również włókienka włóknika, pozostałego w górnym odcinku zębodołu. Treść zębodołu w środku składa się z siatki włóknika, również usianego leukocytami; na dnie zębodołu tkanka ziarninowa, naczynia krwionośne, otoczone odciekiem leukocytarnym. W pozostałych na dnie zębodołu resztkach ozębnej nie znać zmian degeneracyjnych. Tworzenia kości — ani śladu.

Górna część jednej ze ścian zębodołu (policzk.) nadłamana podczas ekstrakcji uległa martwicy. Ze strony okostnej, dotkniętej częściowo sprawą ropną, ze strony kanałów Haversa wychodzą osteoklasty, by oddzielić zmartwiałą tkankę kostną. Na zewnętrznej powierzchni tejże ścianki znikła linja blaszki zbitej, lecz osteoklastów już tutaj niema; w środkowym jej odcinku są osteoblasty, a w dolnych odcinkach ślady nowotworzenia kostnego. Wewnętrzna policzkowa ściana zębodołu, dokąd sięga zropiała ozębna, jest zmartwiała.

W lepszym stanie znajduje się ścianka podniebienna: blaszka zbita jest zaznaczona, w górnym li tylko odcinku gdzieniegdzie nieliczne osteoklasty. Mnóstwo komórek w przestrzeniach szpiku.

Wynik barwienia: w zmartwiałych ściankach kostnych ziarnkowce — Gram. +

I-b. Rany zakażone, opatrywane; — po dn. 6-ciu.

Rana na pierwsze wejrzenie już daje obraz spokojniejszy. W górnej trzeciej części treści zębodołu spotykamy dużo wielojądrzastych leukocytów i rozpadłe elementy krwi; bardziej jednak istotną ich cechą jest obecność tutaj młodych naczyń włosowatych i fibroblastów. W środku zębodołu leży luźna wysepka włóknika (jak w I a) ze skapą ilością leukocytów, naokoło siateczki czerwone ciałka krwi, nieco dalej fagocyty, zawierające w sobie produkty rozpadu erytrocytów, i fibroblasty.

Z boków i dna otacza ognisko tkanka ziarninowa, stwierdzamy też dużo leukocytów.

Na dnie zębodołu i z boków pozostałości ozębnej mało uległy degeneracji, miejscami tylko widać zwyrodnienie hyalinowe: w górnej zaś $^{1}/_{3}$ części resztki ozębnej uległy zniszczeniu - wpływ infekcji. Treść zębodołu leży tutaj luźno, w dolnych $^{2}/_{3}$ częśc. łączy się ze ściankami. Otaczająca kość jest uszkodzona Po stronie policzkowej górna $^{1}/_{3}$ część kości uległa martwicy i rozessaniu; na dnie zębodołu są ślady (po 6 dniach!) osteoklastów. Ścianka podniebienna jest mniej uszkodzona. Barwienie — bakterjologicznie wypadło ujemnie Różnice między ranami powyższemi będą z biegiem czasu wyraźniejsze. Rany traktowane H_2O_2 i chlorfenolkamforą o wiele szybciej się goją.

II-a. Rana zakażona nieopatrywana; po dn. 12.

Wejście do zębodołu jest niezamknięte. Nabłonek zniszczony, jego pozostałości są rozpulchnione i obfitują w wielojądrzaste leukocyty. Część treści zębodołu uległa całkowicie zropieniu i, niezłączona z otoczeniem, wypadła. Na dnie — tkanka ziarninowa, której górne odcinki obfitują w elementy ropy. Po stronie policzkowej widoczne są 2 ropnie. Tkanka kostna dna zębodołów i strony policzkowej uległa martwicy i rozessaniu; od strony języka kość na znacznej przestrzeni również zmartwiała.

Dzięki wzmocnieniu okostnej uwydatnia się na korówce po stronie językowej nowotworzenie kości, które się rozciąga i na podstawę żuchwy (basis mandibulae). Otaczająca zębodół tk. gąbczasta jest wskutek procesu zapalnego zmieniona. Sklepienie kanału żuchwowego (sąsiedztwo źródła infekcji) wykazuje ślady nowotworzenia kostnego — reakcja przeciwko posuwającemu się z góry procesowi zapalnemu.

Wynik barwienia: Liczne ziarenkowce Gram + (dodatnie) naokoło wolnego brzegu i kanałów znekrotyzowanej kości.

II-b. Rana zakażona, opatrywana; po dn. 12.

Rana pokryta nabłonkiem, zawierającym leukocyty. Zębodół wypełniony ziarniną Procesy ropne nieznaczne. Nowotworzenie kości na dnie zębodołu odpowiada warunkom normalnej rany, w górnych odcinkach kostnych odbudowy kości nie widać Najwyższe brzegi limbi alveolaris zostały przez infekcję znacznie uszkodzone, ulegają resorbcji Barwienie bakterjologiczne ujemne. Rana mało się różni od odpowiadającej jej do czasu rany normalnej.

III-a. Rana zakażona, nieopatrywana; po dn. 18.

Rozrost nabłonka ukończony. Stratum germinativum odbudowane, str. corneum zapoczątkowane. Na granicy z nabłon-

kiem w warstwie właściwej bł. śluzowej widać brodawki, coprawda nie zupełnie jeszcze wykształcone. Nad limb. alveolaris w obrębie tk. łącznej uformował się ropień dziąsłowy, obok martwak. Z brzegów ku zropiałej tkance drążą nacz. krwionośne i fibroblasty. Ziarnina częściowo przeszła w młodą tkankę łączną. Treść zębodołu składa się przeważnie z młodej tkanki łącznej z włóknami o nietypowym jeszcze przebiegu, gdzienigdzie w środku zębodołu nieznaczna ilość erytrocytów.

W ściankach wewnętrznych zębodołu przebija nowa tkanka kostna, bliżej limbi alveolaris jest jej mniej; lecz i tutaj w przestrzeniach rozessanych zjawiają się osteoblasty.

W ściance zewnętrznej nowotworzenie kostne zaznacza się słabo.

III-b. Rana zakażona, opatrywana; po dn. 18.

Obraz zupełnie spokojny. Nabłonek wygładzony, warstwy zachowane, brodawki rozwinięte. Treść zębodołu stanowi bogata we włókna, tkanka łączna. Nowotworzenie kości na dnie zębodołu posunęło się dalej, niż na preparacie poprzednim. Naogół tkanki osiągnęły stan, jaki w tym czasie cechuje normalną ranę.

Z doświadczeń niniejszych można wyciągnąć następujące praktyczne wskazówki, zresztą już znane oddawna.

Ekstrakcję zęba winno poprzedzać oczyszczenie jamy ustnej i traktowanie pola operacyjnego jodem.

Należy unikać ekstrakcyj w okresie ostrych zapaleń jamy ustnej i gardzieli, np. w ropniach migdałków.

Płyn znieczulający winien zawierać jaknajmniej suprareniny, gdyż jej dawka może powodować brak krwawienia i skrzepu, a to pociąga za sobą niebezpieczeństwo zakażenia rany.

Wystające ostre brzegi kostne należy wygładzić.

Gdy pomimo wszelkich ostrożności rana została zakażona, należy stosować chlorfenolkamforę.

Z. S. № 8/24. *Tłcm.*

O ZATRZYMANYM KLE GÓRNEJ SZCZĘKI

CH. WAJNER
Lekarz-dentysta

(PRZYPADEK Z PRAKTYKI.)

ŁÓDŹ

Zwróciła się do mnie pewna pacjentka w wieku lat 35, ze skargą na straszny ból zębów w górnej szczęce, który dokuczał jej już od kilku miesięcy. Pacjentka zaznaczyła jednocześnie, że bóle odczuwa tylko z lewej strony.

Przy oględzinach jamy ustnej stwierdziłem, że pacjentka posiada zęby tylko z prawej strony, które się kończą prawym kłem górnej szczęki. Natomiast w miejscu lewego kła i pierwszego bikusa zauważyłem mały otwór, zaciągnięty błoną śluzową. Otwór ten był znacznie wydłużony w bokach, wielkości 10-cio groszowej monety, dobitnie wskazujący na to, że w miejscu tem była już przeprowadzona operacja.

Na zapytanie moje, co do przyczyny powstania powyższego otworu, pacjentka objaśniła, że wskutek silnych bólów, zwróciła się do jednego z lekarzy dentystów w Pabjanicach gdzie stale zamieszkuje, z prośbą boleści te uśmierzyć. Kolega z Pabjanic polecił pacjentce dostarczyć rentgenogramę lewej strony górnej szczęki i po otrzymaniu takowej niezwłocznie przeprowadził operację. Niestety zabiegi te okazały się zupełnie bezskuteczne, gdyż kolega ze szczęki nic nie mógł usunąć, natomiast silnie nadwyrężył dziąsło, w rezultacie czego powstał omawiany otwór, jako skutek wielkiego braku substancji kostnej.

Zapoznawszy się z rentgenogramą, którą mi pacjentka przyniosła, bez wszelkich trudności stwierdziłem, że w szczęce leży poziomo zatrzymany kieł i ułożony jest w ten sposób, że apex znajduje się w omawianym otworze, natomiast korona dotyka miejsce małego siekacza. Nie pozostawało nic innego, jak kieł usunąć i za zgodą pacjentki przystąpiłem do operacji.

Po uprzedniem znieczuleniu, wykonałem głęboki rozkrój w tem miejscu, gdzie przypuszczalnie kieł powinien się znajdować i odseparowawszy błonę śluzową i periost, natychmiast zauważyłem koronę zdrowego kła, skierowanego swą powierzchnią żującą nieco wdół. Instrumentem Beina udało mi się kieł obrócić i następnie takowy usunąć. Po usunięciu zęba, na miejsce rozkroju nałożyłem szew i operacja była zakończona.

Po kilku tygodniach, na skutek mej prośby, pacjentka odwiedziła mnie powtórnie, aby pokazać rezultat mej pracy. Otóż, wszelkie bóle ucichły zupełnie, miejsce rozkroju zagoiło się bardzo dobrze, a nawet defekt substancji kostnej w szczęce, który powstał wskutek pierwotnej, niefortunnie przedsięwziętej operacji, znacznie się zmniejszył i należy przypuszczać, że z czasem zniknie zupełnie.

Rozsądek nakazuje używać miazgociągów

"MEUNIER-BURDIN"

wspaniałej prudukcji szwajcarskiej



„M. B" Packing Długi Krótki

Miazgociągi „Meunier-Burdin" są najlepsze z wszystkich znajdujących się w handlu. Miazgociągi te są wyrabiane ze specjalnej o wielkiej odporności stali. Ich forma i wykończenie należą do najlepszych i najdokładniejszych. Dają one maksymum pewności i zadowolenia. Oczywiście można zapłacić drożej, nie dostać jednak lepszych miazgociągów.

Do nabycia we wszystkich składach narzędzi i materjałów dentystycznych

Ceny:

(G) Gładkie miazdociągi Meunier-Burdin (igły Millera) „Neutra" zahartowane na nieb„ nie łamiące się, lub białawe, dług. 30, 40. 50 mm 12 tuz. Fr. 17.50

(G) Gładkie miazgociągi Meunier-Burdin (igły Millera) z mosiądzu do kwasu siarczanego 12 tuz. Fr. 23.—

Gatunki

№ 1 (A) Meunier-Burdin „Neutra" miazgociągi, długie, niebieskawe, pierwszy gatunek, bardzo polecane, nacięcia w formie śruby, zupełnie niełamiące się . . . 12 tuz. Fr. 115.—

№ 2 (A) Meunier - Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, białe lub niebieskawe, nie łamiące się, doskonały gatunek . . 12 tuz. Fr. 60.—

№ 3 (A) Meunier - Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, zwykły gatunek . . 12 tuz. Fr. 40.—

Gatunki

№ 1 (H) Meunier-Burdin „Neutra", pierwszy gatunek, zazębienia (nacięcia) w formie śruby zupełnie nie łamiące się, krótkie, trzon sprężynowy . . . . . 12 tuz. Fr. 135.—

№ 2 (H) Meunier - Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, nie łamiące się, doskonały g tunek, krótkie, trzon sprężynowy . 12 tuz. Fr. 65.—

№ 3 (H) Meunier - Burdin miazgociągi, forma Donaldsona, zwykły gatunek, sprężynowym trzonem 12 tuz. Fr. 40.—

Jedyni przedstawiciele:

J. MEUNIER-BURDIN & C-IE. S. R. LTD. ANNEMASSE (FRANCJA)

J. MEUNIER-BURDIN, FABRYKA WYROB. DENTYSTYCZN. GENEWA (SZWAJCARJA)

SPRAWOZDANIE
ZARZĄDU KASY CHORYCH m. ŁODZI
ZA ROK 1928

POMOC DENTYSTYCZNA

Nazwa przychodni	Liczba zatrudn. lekarzy	Liczba przepracow. godz. ord. w r. 1928	Liczba udzielon. porad w r. 1928	Liczba przyjętych na godzinę	Liczba godzin dziennej pracy	Przeciętna dzienna frekw.
Przychodnia V . . .	32	$36 365^{15}$	166 766	4.87	127.88	556
„ przy lecz. III	12	12.335^{30}	66.892	5 4	41.11	223
„ „ „ IV	4	5.542^{25}	26 916	4 8	18,47	89
„ „ „ VI	1	1.011^{15}	4 684	4 6	3 37	15
„ „ „ VII	3	5.661	28.004	5.0	18.87	93
„ „ fab. Geyera	2					
„ „ „ Poznańsk.	3	$10 612^{15}$	46 827	4 4	35.37	156
„ „ Emilji 5	5					
w Rudzie-Pabjanickiej	1	1.192	5.757	4.3	3,97	19
w Aleksandrowie. . .	1	1.006^{45}	4.030	4.0	3.36	13
w Konstantynowie . .	1	934	4.336	4.6	3.12	14
w Zgierzu	4	$4,573^{25}$	21 912	4 8	15 25	73
Razem	68	81.231	376.131	4.6	270.77	1253

Porównanie ilości udzielonych porad dentystycznych w roku 1928 z liczbą porad w roku 1927 wykazuje nieznaczny wzrost, a mianowicie z 331,213 porad w r. 1927 do 376,131 w r. 1928, t. j. o 13 proc., czyli wzrost porad ściśle odpowiada wzrostowi liczby ubezpieczonych. Liczba godzin dziennej ordynacji wzrosła z 245 godzin do 270,77. Na tysiąc ubezpieczonych przypadało 1,27 godziny (w 1927 r. 1,3 godz.). W ciągu godziny przeciętnie udzielono 4,6 porad (w r. 1927 — 4,5 porad).

W roku 1928 wykonano 44.153 ekstrakcji i założono 61.429 plomb. Lekarz stomatolog wykonał 884 eperacyj, wyszczególnienie których obejmuje tab. niżej.

Miesiąc	Trudniejsze ekstrakcje zębów	Nacięcia ropni podokostnowych	Naciębia ropowic	Operacje nowotworow dobrotliwych szczęk	Rezekcje wierzchołków korzeni (ziarniniaki)	Operacje torbieli korzeniowych	Różne operacje np. zatrzym zęby, usuw. martwaków, t. zw. gingivoertomia przetoki zewn. i t. d.	Ilość porad wzgl. opatrunków	Uwagi
styczeń	59	17	3	3	14	5	6	396	
luty	37	12	1	1	7	3	16	355	
marzec	—	—	—	—	—	—	—	—	urlop
kwiecień . . .	40	11	3	—	12	7	2	321	
maj	49	6	2	—	14	10	19	394	
czerwiec . , . .	38	12	2	—	21	5	10	410	
1—15 lipca , . .	22	5	—	2	8	3	5	178	½ m-ca url.
15—31 sierpnia .	18	8	1	4	7	4	3	177	½ „ „
wrzesień. . . .	27	22	6	—	14	7	10	429	
październik . .	40	14	7	3	11	2	12	371	
listopad	40	13	1	1	11	2	8	351	
grudzień . . .	42	10	7	—	22	2	13	371	
	412	130	33	14	141	50	104	3753	

Wyszczególnienie zdjęć rentgenowskich w zakładzie własnym obejmuje niżej podany wykaz.

1.	Zęby	—	592	zdjęć
2.	Czaszka	—	334	„
3.	Kręgi szyjne	—	83	„
4.	Klatka piersiowa	—	454	„
5.	Żołądek	—	82	„
6.	Nerki	—	403	„
7.	Miednica	—	294	„
8.	Moczowody	—	158	„
9.	Kręgi lędźwi	—	406	„
10.	Kończyny górne	—	1944	„
11.	Kończyny dolne	—	1527	„
		Razem:	6272	zdjęcia

Na 9285 prześwietleń w 6398 wypadkach był prześwietlany żołądek, w 2887 — klatka piersiowa.

R O Z P O R Z Ą D Z E N I A

Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia.. .. o ogłoszeniach lekarzy-dentystów. Na podstawie art. 7 i 28 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonaniu praktyki dentystycznej (Dz. Ust. Rz. P. Nr. 54, poz. 476) zarządzam co następuje:

Par. 1.

Tablice informacyjne (szyldy) lekarzy-dentystów mogą być wywieszane jedynie przed bramą i w bramie domu, w którym lekarz-dentysta praktykuje, oraz na drzwiach mieszkania.

W razie zmiany mieszkania wolno umieścić na przeciąg jednego roku w domu, w którym lekarz-dentysta uprzednio praktykował, tablicę, wskazującą nowy jego adres.

Par. 2.

Tablice informacyjne mogą zawierać: imię i nazwisko lekarza-dentysty, stopień naukowy lub zawodowy, adres, numer telefonu i godziny przyjęć. Umieszczenie jakichkolwiek innych szczegółów lub metod leczenia jest zabronione

Rozmiar tablicy nie może przekraczać 40×20 cm.

Par. 3.

Ogłoszenia lekarzy-dentystów w prasie codziennej, perjodycznej i zawodowej dopuszczalne są jedynie w celach informacji. Ogłoszenia o cechach reklamy są zabronione. Ogłoszenia poza treścią, wyszczególnioną w par. 2 niniejszego rozporządzenia, mogą zawierać: informacje o rozpoczęciu praktyki, wznowieniu, zaprzestaniu, względnie o wyjeździe, przeprowadzeniu się lub powrocie lekarza-dentysty.

Liczba ogłoszeń nie może przekraczać ogółem trzydziestu sześciu w ciągu roku kalendarzowego.

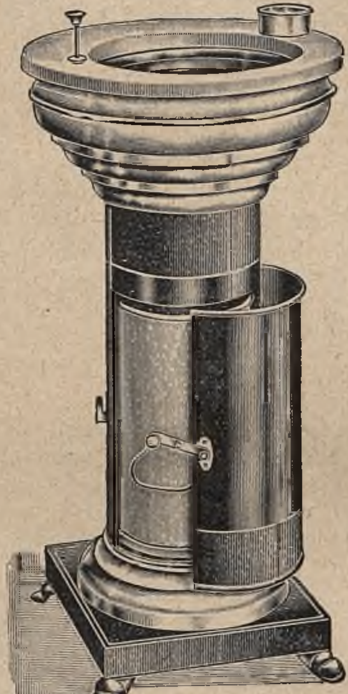
Par. 4.

Ogłaszanie się lekarzy-dentystów w sposób i w formie, nieprzewidzianej w niniejszem rozporządzeniu, jest zabronione.

Postanowienie niniejszego paragrafu w niczem nie narusza uprawnień Izb Lekarskich, przysługującym Izbom Lekarskim z mocy p. a. art. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r.

Odr. 1869

Zalety Itebe-Spluwaczek



Nie-dościgniona piękność formy

Najwyższa jakość

Tanie ceny

Spluwaczka Itebe № 606b
o drzwiczkach

Ulubiony, cieszący się ogromnem wzięciem model. Wygodne wyjmowanie naczynia, umieszczonego wewnątrz. Praktyczny mechanizm do zamykania drzwiczek, ładnie i starannie niklowane skówki, trwałe pokrycie emalją.

wraz z płytą marmurową

Górna część, pierścień wkładki wyścielającej i okucia mocno niklowane, trzon i czworokątna podstawa o czterech nóżkach lakierowane na czarno. Lakierowanie innego rodzaju na życzenie.

wysokość 80 cm.

Żądać tylko w lepszych składach dentystycznych!

Skład Fabryczny dla Polski: GDAŃSK, DENTALON, Sp. z ogr. odp.

o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. Ust. R. P. Nr. 102, poz. 763) oraz praw i obowiązków osób, wyszczególnionych w ust. a p. 2 art. 1 w p. 1 art. 7 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonaniu praktyki dentystycznej (Dz U. R P. Nr. 54, poz. 476).

Par. 5.

W razie naruszenia postanowień niniejszego rozporządzenia w stosunku do winnych znajdują zastosowanie sankcje karne przewidziane w art. 27 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypo, spolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonaniu praktyki dentystycznej (Dz. Ust. Rz P. Nr. 54, poz. 476).

Par. 6.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jego ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych.

ODEZWY

ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Dla przestrogi przed urządzeniem kursów dla techników dentystycznych, mających poddać się egzaminom na „uprawnionych techników dentystycznych", uchwala Komisja, wybrana do tego na zebraniu, odbytem dnia 18 grudnia 1928 r., że zakres wiadomości, wymagany w szczegółowym programie egzaminów dla techników dentystycznych, jest tak olbrzymi, że podejmowanie się wyuczenia tegoż ludzi nieprzygotowanych w dorywczych kilkutygodniowych kursach sprzeczne jest z normami etyki zawodowej, lekarzy obowiązującemi.

Dlategoteż wydział Związku ostrzega Kolegów przed organizowaniem takich kursów. Koledzy, członkowie Związku, którzyby, pomimo tego ostrzeżenia, podjęli się organizowania kursów lub współdziałali w takich kursach, narażą się na statutowo przewidziane konsekwencje, a nieczłonkowie Związku zostaną przez Wydział podani do Izby Lekarskiej i mogą się narazić na postępowanie dyscyplinarne.

Lwów, dnia 24. 12. 1928 r.

Za Wydział: Prezes (—) *Dr. A. Allerhand*
Sekretarz (—) *Dr. Z. Stobiecki*

KRONIKA

— ZJAZD TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH staraniem Związku zawodowego techników dentystycznych Małopolski i części Śląska Cieszyńskiego odbył się we Lwowie dnia 15-go lipca r. bież. o godz. 12 przed poł. w sali Instytutu Technologicznego (ul Boularda 5). Brali również liezny udział delegaci ze wszystkich większych miast całego kraju — Związki uprawnionych techników dentystycznych Wschodniej i Zachodniej Małopolski, Zrzeszenie uprawnionych i koncesjonowanych techników dentystycznych Małopolski i in. Tematem obrad była sprawa obecnego położenia techników wobec nowej ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem, odmawiającej prawa praktyki tym technikom, którzy do dnia 1-go stycznia 1927 r. nie mieli 7 lat pracy zawodowej. Wybrano komisję, która miała interwenjować u władz rządowych w Warszawie w kierunku złagodzenia skutków tej ustawy.

ZAPOCZĄTKOWANIE SPRAW SĄDOWYCH. Wiadomo, iż zęby randolfowe (kompozycja mosiądzu) wprawiane są pacjentom w liczbie, obliczonej już nie na setki, lecz na tysiące. „Wprawiacze" bagatelizują szkodliwość tych „złotych" zębów, za to interniści stwierdzają ją coraz częściej. Również pacjenci zaczynają się orjentować, kierując sprawy do sądów.

Fryzjerowi Rakowerowi (Warszawa, Furmańska 6) technik dentystyczny Lejcman (Świętojerska 34) wprawił mostek „złoty" z 3 koron i 2 zębów. Aczkolwiek „obstalunek" trwał dosyć długo, we wrześniu jednak niecierpliwy pacjent otrzymał owe wymarzone złote zęby. Po kilku jednak dniach zadowolenia zęby i korony stawały się coraz ciemniejsze, aż zupełnie zczerniały, powodując jednocześnie cierpki smak w ustach. Oszukany pacjent udał się do dentysty, od którego się dowiedział, iż są to zęby z „amerykańskiego" złota. Zęby zostały zdjęte. policja spisała protokuł za oszukaństwo i spowodowanie zatrucia, kierując sprawę do sądu i dołączając „dowody rzeczowe".

Urząd zdrowia przy Kom. Rządu na st. m. Warszawę, prawdopodobnie stąd wyciągnie konsekwencję.

Czas wielki społeczną bolączkę randolfową ostatecznie załatwić!

Japonja

Fabrykacja artykułów dentystycznych rośnie z dnia na dzień. Z ciekawością dowiadujemy się, że Japonja posiada obecnie 14 fabryk przyrządów dentystycznych, z których dwie firmy uchodzą za wielkie przedsiębiorstwa. Jedna z tych fabryk posiada kapitał zakładowy w wysokości 3 miljonów jen i każdy większy skład hurtowy jest udziałowcem tych firm w kwotach od 20 do 30.000 jen. Należy przypuszczać, że interes ten rentuje się doskonale, gdyż poszczególne przedsiębiorstwa płacą od 16 do 20% dywidendy w stosunku rocznym. Gatunek wykonanych zębów nie jest szczególny, jednakże dla Dalekiego Wschodu zupełnie dostateczny. Co się tyczy ceny, to wszelka konkurencja jest zupełnie wykluczona. Jeżeli uwzględnić wysoką ambicję narodową japończyków, to należy się spodziewać, że z czasem wymknie się z rąk bardzo zyskowny rynek zbytu, a może nawet w najbliższej przyszłości odczujemy konkurencję japońską na rynku światowym. Już dzisiaj eksportuje Japonja niektóre artykuły, w stosunku do których jest się bezsilnym, wobec wprost niewiarogodnie niskich cen.

C. B. f. Z. 3|29. *Tłom.*

ś. p. IDZI ŚWITAŁA

Dnia 8 grudnia 1928 r. zmarł w Bydgoszczy ś. p. Idzi Świtała, lekarz-dentysta i prawie do ostatniej chwili życia Przewodniczący Związku Lekarzy Dentystów byłego zaboru pruskiego, Prezes Rady Centralnej Lekarzy-Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej i czynny członek wielu instytucyj społecznych.

Urodzony w Topoli (pow. Odolonowski) tamże wychowywał się; gimnazjum ukończył w Ostrowiu. Studja dentystyczne odbył w Lipsku, gdzie uzyskał stopień lekarza-dentysty.

Ś. p. Idzi Świtała był działaczem niezwykłej miary, szczerze i z nadzwyczajną gorliwością oddający się wszystkiemu co zaczynał.

Korzystną pracę jego mogliśmy obserwować w dziennikarstwie, jako redaktora „Pracy" w Poznaniu, to znów jako posła na Sejm Pruski i t. d. Posiadając niepospolite zdolności i podziwu godny dar organizacyjny, ś. p Idzi Świtała był pożądany wszędzie. Dzięki swemu taktowi, światłemu poglądowi, rozwadze i wytrawnemu sądowi, ś. p. Idzi Świtała stał się osobnikiem na niwie społecznej koniecznym i wszelkie przez niego kierowane instytucje swój rozkwit jemu zawdzięczają.

Nie bacząc na to, że ś. p. Idzi Świtała dentystyce poświęcił się późno, to jednakże na tem polu położył wielkie zasługi. Do pracy stanął, skoro tylko powstała możność ułożyć i uporządkować stosunki w naszym zawodzie.

Był prezesem Związku lekarzy-dentystów, najpierw w Bydgoszczy, a później na cały były zabór pruski. Jednoczy on przedstawicieli wszystkich istniejących w Polsce Związków lekarsko-dentystycznych i powołuje do życia Radę Centralną Związku, stając na czele tej instytucji jako prezes. Bierze czynny udział w pracach, związanach z pewnemi reorganizacjami spraw naszego zawodu. Wiele wytężonej pracy poświęcił ustawie o wykonywaniu praktyki dentystycznej w Rzplt. Polskiej. Zasługi ś. p. kol. Świtały są zbyt wielkie, aby dały się ująć w szczupłe ramki niniejszego wspomnienia pośmiertnego. Odszedł przedwcześnie, pozostawiając za sobą szczery żał i niewygasłą pamięć. Cześć Jego zacnej pamięci.

H. S.